

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K PŘIJETÍ DO SeniorCentra Modřice

| | |
|--|---|
| Jméno a příjmení žadatele, titul | |
| Adresa trvalého bydliště | |
| Datum narození (den, měsíc, rok) | |
| Zdravotní pojišťovna | |
| Jméno praktického lékaře (kontakt) | |
| Anamnéza (RA, OA, operace, úrazy, abúzus) Lze nahradit lékařskou zprávou | |
| Poslední medikace | |
| Mobilita | <input type="checkbox"/> Mobilní <input type="checkbox"/> Částečně mobilní (vycházková hůl, fr. hůl, chodítko...) <input type="checkbox"/> Zcela imobilní |

| | |
|--------------------------|--|
| Kontinence | <input type="checkbox"/> Kontinentní <input type="checkbox"/> Inkontinentní Používané inko-pomůcky: Datum poslední preskripce inko-pomůcek i savých inko-podložek: |
| Stav kognitivních funkcí | <input type="checkbox"/> Bez kognitivní poruchy <input type="checkbox"/> Lehký kognitivní deficit <input type="checkbox"/> Demence <input type="checkbox"/> Výsledek MMSE: |
| Dekubity | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (popis): |
| Očkování (datum) | <input type="checkbox"/> TAT: <input type="checkbox"/> PNEUMO: <input type="checkbox"/> Jiné: |

| | |
|--|--|
| Infekční onemocnění | |
| Zvláštní péče (PEG, dieta...) | |
| Diagnostický souhrn | |
| Žadatel je v péči odborného lékaře/lékařů (jméno, adresa, odbornost, telefon) | |

Poznámky



Datum:

Razítko a podpis lékaře:

